FACULTE MIXTE
DE
MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

N° 148

Contribution à l'Étude des Pseudo-Kystes Mucoïdes Intrapéritonéaux

THESE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Marseille

le 18 Décembre 1962

PAR

Guy, Marie, François, Robert ROCHAT

Né le 3 Novembre 1938 à Beyrouth

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire
Externe des Hôpitaux
Diplômé de Médecine Tropicale

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

	M. le Professeur CARCASSONNE	*Président*
Examinateurs de la Thèse	MM. les Professeurs MOSINGER, PICARD, COMITI, JEAN	*Assesseurs*

Imprimerie M. LECONTE
98, Cours Lieutaud, 98
MARSEILLE
— 1962 —

Contribution à l'Etude des Pseudo-Kystes Mucoïdes Intrapéritonéaux

PERSONNEL DE LA FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

Doyen : G. MORIN. *Assesseurs :* J. DELPHAUT et J. LAMY.
Secrétaire principal : P. MOUCHET *Bibliothécaire :* Mlle PERRIN
Secrétaire principal honoraire : J. COMTE.
Professeurs honoraires : MM. AUDIBERT, BREMOND, JOYEUX, MOIROUD, MONGES, ROCHE, CHAUVIN, MATTEI, DE VERNEJOUL.

PROFESSEURS

Anatomie	GRISOLI
Anatomie appliquée et Chirurgie expérimentale	HENRY
Anatomie pathologique	GASTAUT
Bactériologie et Pathologie générale	BRAHIC
Biochimie médicale	LISSITSKY
Botanique et Cryptogamie	PELLISSIER
Cardiologie clinique et expérimentale	JOUVE
Chimie	DUMAZERT
Chimie analytique et Hydrologie	ARNOUX
Chimie médicale	DERRIEN
Chimie minérale	MOURGUE
Clinique chirurgicale	CARCASSONNE
Clinique chirurgicale	LAMY
Clinique chirurgicale	LENA
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	SALMON
Clinique de Chirurgie thoracique	DOR
Clinique d'Endocrinologie	VAGUE
Clinique exotique	BLANC
Clinique médicale	POINSO
Clinique médicale	AUDIER
Clinique médicale thérapeutique	OLMER
Clinique des Maladies infectieuses	RAYBAUD
Clinique des maladies des voies digestives et de la nutrition	RECORDIER
Clinique médicale infantile	GIRAUD
Clinique de Neurologie et Psychiatrie	CREMIEUX
Clinique neuro-chirurgicale	PAILLAS
Clinique obstétricale et gynécologique	CHOSSON
Clinique ophtalmologique	JAYLE
Clinique oto-rhino-laryngologique	APPAIX
Clinique pneumo-phtisiologique	CHARPIN
Clinique de Stomatologie	MARONNEAUD
Clinique urologique	DUCASSOU
Histologie et Embryologie	PICARD
Histologie et Embryologie	STAHL
Hygiène et Médecine sociale	SAUTET
Matière médicale	BALANSARD
Médecine expérimentale	DONNET
Médecine légale et Médecine du Travail	MOSINGER
Parasitologie	RANQUE
Pathologie chirurgicale	LENA
Pathologie interne	MONGES H.
Pharmacologie	MERCIER F.
Pharmacie chimique et Toxicologie	VIGNOLI
Pharmacie galénique	DELPHAUT
Physiologie	MORIN
Physiopathologie des voies respiratoires	LAVAL

Physique ..... DUBOULOZ
***Physique** médicale* ..... ROUX
Thérapeutique ..... PIERI

Professeur à titre personnel

M. GREBUS

Professeurs sans chaire

MM. MERCIER J.
BERNARD P.
DESANTI
DESPIEDS
MM. PASTOR
PAYAN
TAMALET

Maîtres de Conférences Agrégés

MM. GAMBARELLI
CORRIOL
CRISTAU
GEVAUDAN
ARDISSON
BARET
MM. COURBIER
GHIGLIONE
MURATORE
RICHELME
VITRY
ZWIRN

Agrégés en exercice

MM. SERMENT
CHAUVIN
DEVIN
MOUREN
ORSINI
BERARD
BONNAL
COMITI
DALMAS
FARNARIER
GERARD
LEGRE
REBOUD
SARLES
SIMONIN
MM. TEMIME
TRIFAUD
BOUDOURESQUE
BREMOND
CARCASSONNE M.
CARCASSONNE Y.
CASANOVA
COIGNET
GASCARD
JEAN
JULIEN
LACHARD
MICHOTEY
MONGIN

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Agrégés libres

MM. BERTHIER
BOURRET
FIGARELLA
IMBERT
MM. OLLIVIER
OURGAUD
BERNARD R.
PAOLI

Chargé des fonctions de Maître de Conférences

M. TARANGER J.

Chargé des fonctions d'Agrégé

Clinique des Maladies nerveuses ..... M. BOUDOURESQUES
Clinique de Stomatologie ..... M. LACHARD
Médecine légale ..... M. GRAS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547003_0014

A MA MERE ET A MON PERE

A MES SŒURS ET BELLES-SŒURS

A MES FRERES

Avec toute mon affection.

A TOUS, PARENTS ET AMIS,

QUI ME SONT CHERS

A notre Président de Thèse :

Monsieur le Professeur CARCASSONNE

Professeur de Clinique Chirurgicale

Nous le remercions très respectueusement du grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette Thèse.

A Monsieur le Professeur MOSINGER

Titulaire de la Chaire de Médecine Légale
et de Médecine du Travail

Sa culture étonnante, la haute valeur scientifique de son œuvre immense nous ont particulièrement séduit.

Il nous a fait le grand honneur de siéger à notre Jury de Thèse. Nous lui exprimons notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur PICARD

Titulaire de la Chaire d'Histologie

Nous avons été saisi par le charme de son accueil. Qu'il veuille bien nous permettre de le remercier de l'aide qu'il nous a apportée et du grand honneur qu'il nous a fait en acceptant d'être membre de ce Jury.

A Monsieur le Professeur Agrégé COMITI

Nous le remercions très respectueusement du grand honneur qu'il nous fait en acceptant de siéger dans notre Jury de Thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé JEAN

Nous avons été vivement intéressé par son enseignement quotidien. Nous lui exprimons notre respectueuse reconnaissance et nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en siégeant dans notre Jury.

A Monsieur le Docteur LUCCIONI

Chirurgien des Hôpitaux

Nous gardons de l'année passée dans son service le meilleur souvenir.

Nous lui devons l'essentiel de nos connaissances. Il nous a donné le sujet de notre travail. Nous le remercions de la bienveillance qu'il nous a témoignée et nous le prions de trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A MES MAITRES DES FACULTES DE MEDECINE

DE MARSEILLE ET DE LYON

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE MARSEILLE

dont j'ai été l'Externe.

AUX INFIRMIERES ET INFIRMIERS

DES SERVICES DANS LESQUELS J'AI TRAVAILLE

A Monsieur le Médecin Général BORON

Professeur agrégé du Val-de-Grâce
Directeur de l'Ecole du Service de Santé Militaire
et de l'Hôpital Militaire d'Instruction Desgenettes

A MES MAITRES DES HOPITAUX MILITAIRES

A MES CAMARADES DU PRYTANEE MILITAIRE

ET DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

A MES CAMARADES

DU DETACHEMENT DE MARSEILLE

A LA MEMOIRE DE MON ONCLE

le Médecin Capitaine Pierre GUIGUES

« Mort au service du Devoir »

A LA MEMOIRE DE MES CAMARADES

DE L'ECOLE DU SERVICE DE SANTE MILITAIRE

Morts au Champ d'Honneur

INTRODUCTION

Nous entendons par *pseudo-kyste mucoïde intra-péritonéal* une formation pathologique constituée par une cavité close contenant une substance mucoïde et située à l'intérieur de la cavité péritonéale.

L'occasion d'aborder ce sujet nous a été fournie par l'observation d'un cas de tumeur mucoïde intra-péritonéale. Toutefois, cette dernière présentait des caractères tels qu'il nous a été impossible de retrouver dans la littérature un cas rigoureusement identique.

Nous serons donc amenés, du point de vue diagnostique et nosologique, à faire le tour de toutes les tumeurs intrapéritonéales susceptibles de sécréter une substance mucoïde dans une cavité kystique :

— Les myxomes péritonéaux,

— Les mésothéliomes péritonéaux,

— Les kystes libres intrapéritonéaux,

— Les pseudomyxomes intrapéritonéaux ou maladie gélatineuse du péritoine,

— Les kystes des mésos.

Toutes ces affections sont relativement rares et nous verrons qu'une certaine confusion règne dans ce domaine, beaucoup d'auteurs ne s'accordant pas sur la définition de chacune d'elles.

Quelle est la place qui revient à notre cas au milieu de ces tumeurs mucoïdes intrapéritonéales ?

OBSERVATION

CLINIQUE (Docteur Luccioni)

M. M... (environ 50 ans) est venu nous consulter pour des troubles du transit intestinal et de la dysurie.

Il est originaire de Corse où il a vécu de nombreuses années au contact de chiens et de troupeaux de brebis.

Dans ses antécédents, rien à signaler si ce n'est qu'il se plaint de troubles digestifs et de dysurie depuis trois ans environ.

Ces troubles digestifs se manifestent sous la forme de coliques intestinales, accompagnées de borborygmes et calmées par des émissions de gaz ; mais jusqu'ici, il n'a jamais présenté de syndrome occlusif, ni même sub-occlusif véritable.

Il a de très fréquentes envies d'uriner, aussi bien diurnes que nocturnes, sans émission de sang ni de pus dans les urines.

Il est examiné alors par un urologue qui aurait découvert à la radiographie la présence d'une tumeur calcifiée, située dans le petit bassin, du volume d'un gros melon. Une U.I.V. avait confirmé l'intégrité de l'arbre urinaire. On pense à l'époque à un kyste hydatique calcifié du bassin et on propose l'intervention au malade qui refuse.

Pendant toute cette période de trois ans, il continue à exercer activement son métier de préparateur en pharmacie. Ce étant entrecoupé de temps à autre de petites crises abdominales douloureuses.

Depuis un mois (juillet 1961), nous sommes appelés à l'examiner, car ces différents troubles fonctionnels se sont notablement aggravés. La dysurie est de plus en plus importante et surtout les troubles abdominaux se manifestent de plus en plus souvent par des petites crises subocclusives accompagnées d'un syndrome de Kœberlé et d'une atteinte de l'état général.

Une nouvelle radio abdominale montre toujours la présence de cette tumeur calcifiée pelvienne. Un transit intestinal décèle un retard dans le transit du grêle et une dilatation très marquée des dernières anses iléales. Il n'y a pas de compression au niveau du rectum et du sigmoïde. Enfin l'urographie intraveineuse confirme à nouveau l'intégrité de l'arbre urinaire.

La formule est normale, à part l'éosinophilie de quatre éléments. La réaction de Casoni est négative. L'examen somatique ne révèle aucune anomalie. Le foie et la rate ne paraissent pas augmentés de volume et l'appareil pulmonaire paraît indemne à la radio.

On pense à un kyste calcifié du petit bassin et on décide d'intervenir.

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE (Docteur Luccioni)

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Une tumeur du volume d'une tête d'enfant se présente comme entourée par les anses grêles, le sigmoïde, le cæcum (avec l'appendice sain accolé) et la vessie. La paroi est une coque calcifiée et nous pouvons en retirer des fragments importants.

Le contenu est formé de masses gélatineuses que nous devons enlever à la main. La libération de cette coque calcifiée avec les anses grêles et le méso-sigmoïde d'une part, et l'uretère pelvien gauche d'autre part est très laborieuse. Cette même difficulté se présente lorsqu'il est

nécessaire de séparer cette coque de la vessie. Péritoine normal par ailleurs. Mèche dans le pelvis. Drain. Fermeture de la paroi en trois plans.

« L'urographie intraveineuse montre la présence d'une tumeur calcifiée située dans le petit bassin. Intégrité de l'arbre urinaire. »

COMPTE RENDU D'EXAMEN HISTOLOGIQUE (Professeur Picard)

La paroi examinée apparaît comme une coque fibreuse mince, renfermant des vaisseaux et à laquelle adhère à sa face interne une masse mucoïde renfermant de nombreuses calcifications. Il n'y a aucune assise cellulaire épithéliale et rien, dans la structure de cette coque, n'indique de façon déterminante si c'est une coque réactionnelle ou la paroi d'un kyste.

De multiples prélèvements ont été faits dans la masse gélatineuse elle-même ; ils ont tous le même aspect, qui est celui d'une masse amorphe mucoïde, avec par endroits des amas de débris cellulaires non identifiables qui sont vraisemblablement des leucocytes altérés. Il n'y a dans cette masse aucun fragment de tissu ou d'organe, ni trame fibrillaire, ni cellules intactes permettant de définir une structure tissulaire.

Ces caractères paraissent permettre d'éliminer aussi bien le diagnostic d'épithélioma colloïde muqueux d'origine intestinale que celui de myxome sous-péritonéal ; l'appendice ayant été repéré lors de l'intervention, l'hypothèse d'un mucocèle appendiculaire n'est pas à discuter.

L'existence d'une coque partiellement calcifiée, enfermant un contenu gélatineux est plus en faveur d'un kyste à contenu muqueux, dont toutefois l'origine ne peut être précisée. Les caractères histochimiques n'apportent pas d'argument discriminatoire entre les origines possibles, épithéliale ou conjonctive, de la substance gélatineuse. Elle est légèrement métachromatique au bleu de toluidine à pH 4,6, se colore fortement par le muci carmin, donne une réaction P.A.S. très positive et se colore fortement par le bleu alcian à pH acide, partiellement même jusqu'à pH 0,2. Il s'agit donc d'un mucus riche en polysaccharides acides.

LES SUITES OPÉRATOIRES

Elles ont été fort simples. Départ le vingtième jour.

Revu quatre mois après, le malade a un état général florissant et a grossi de cinq à six kilos.

Tous les troubles digestifs et urinaires ont disparu.

« La radiographie postopératoire montre la disparition de la tumeur calcifiée. »

DISCUSSION DIAGNOSTIQUE

Nous étudierons successivement les cinq affections pour la plupart rares qu'il nous paraît nécessaire d'évoquer lors de cette discussion diagnostique de notre observation.

A la suite de chacune d'elles, nous essayerons de mettre en valeur les principaux caractères qui nous font rejeter ou soupçonner leur identité avec notre cas.

LE MYXOME

— Le myxome est une tumeur molle, lobulée, souvent imparfaitement limitée, constituée par des cellules allongées fusiformes ou étoilées, séparées entre elles par des plages de mucus.

Même les myxomes bénins présentent en général des limites imprécises, ce qui est dû au fait que le mucus infiltre les espaces tissulaires et ouvre ainsi la voie aux cellules. Les récidives sont donc fréquentes.

— Le tissu conjonctif muqueux n'existe que chez l'embryon. On le trouve cependant chez l'adulte dans ces tumeurs formées de tissu mucoïde que l'on nomme myxomes ou myxosarcomes.

— Souvent le tissu mucoïde ne constitue qu'une partie d'une tumeur formée de tissu conjonctif, de tissu graisseux ou cartilagineux. Ce sont les fibrosarcomes, les liposarcomes, chondrosarcomes.

Sans pousser plus loin notre étude sur les myxomes, nous voyons déjà que notre cas ne peut pas du point de vue macroscopique, aussi bien que du point de vue histologique, entrer dans le cadre des myxomes.

Macroscopiquement, notre tumeur présente une coque fibreuse et calcifiée, nettement limitée, alors que les myxomes sont des tumeurs molles et lobulées aux limites imprécises.

Microscopiquement, nous ne retrouvons pas dans notre cas les cellules allongées, fusiformes ou étoilées qui forment le myxome.

Le terme de myxome est par ailleurs souvent employé à tort par les auteurs et c'est ainsi que les mésothéliomes péritonéaux qui, nous le verrons, présentent des caractères très différents de ceux énoncés dans ce chapitre, sont parfois appelés également myxomes péritonéaux.

LE MÉSOTHÉLIOME PÉRITONÉAL

Définition fréquence

On appelle mésothéliomes les tumeurs primitives des grandes séreuses. Seuls nous intéressent les mésothéliomes péritonéaux ayant pour point de départ la séreuse péritonéale. Certains auteurs préfèrent le terme d'endothéliome ou d'endo-épithéliome ; d'autres le nomment également myxome, source de confusion.

Le terme de mésothéliome paraît le meilleur puisque le revêtement des grandes séreuses dérive du mésoderme, d'où son nom de mésothélium. C'est une tumeur rare. PENDERGRASS relève douze cas certains publiés dans la littérature. Pour CATTAN, il n'existerait qu'une centaine de cas publiés.

Clinique

Elle est peu évocatrice.

— On admet des formes malignes et des formes bénignes, des formes diffuses et des formes localisées.

— Les hommes paraissent plus touchés que les femmes.

Les malades peuvent être amenés à consulter :

— Soit pour une *douleur abdominale* plus ou moins vague à type de gêne ou de pesanteur.

— Soit pour un *syndrome subocclusif* et des troubles du transit.

— Soit pour une *tumeur* abdominale sensible ou non, palpable.

— Soit pour une *ascite* oligosymptomatique, évoluant par poussées entrecoupées de périodes de rémissions émaillées d'accidents subocclusifs.

— L'anorexie et l'amaigrissement sont de règle, parfois très importants, évoluant vers la cachexie.

— La radiographie peut montrer des calcosphérites.

Évolution

Elle se fait vers la mort dans un délai de 18 mois à 2 ans avec comme complication majeure l'occlusion.

Diagnostic

Il est rarement fait.

Il doit être soupçonné en présence d'un liquide de ponction d'ascite qui présente des caractères bien particuliers :

— Epais, filant, visqueux, s'écoulant difficilement par le trocart, d'aspect sirupeux, il est riche en albumine et en acide hyaluronique. Sa formule électrophorétique est proche de celle du plasma sanguin.

— Le culot de centrifugation montre de nombreuses cellules mésothéliales d'aspect insolite. (Mais toute cellule endothéliale desquamée dans une ascite quelconque peut prendre un aspect atypique déroutant).

Il est pratiquement toujours fait à la laparotomie exploratrice qui montre le péritoine recouvert en partie ou en totalité par de petites granulations allant de la tête d'épingle à la pièce de monnaie. Parfois, il existe une véritable tumeur unique.

C'est la *biopsie* qui l'affirme et qui doit toujours être faite.

Anatomie pathologique

Il existe une hyperplasie importante et irrégulière du revêtement mésothélial de surface. L'aspect peut être inflammatoire.

La cellule mésothéliale peut prendre différents types morphologiques (Radimoro, Stout, Stumpf).

— Un type épithélial avec formations tubulaires et cryptiques.

— Un type fibroblastique avec formation de collagène et de réticuline.

— Un type sarcomateux, très indifférencié, polymorphe, en nappes denses.

— Des types intermédiaires entre les trois ont été observés.

Étiopathogénie

On admet généralement que ces tumeurs dérivent du mésothélium, endothélium qui tapisse la face interne du péritoine.

Traitement

Il est chirurgical et radiothérapique. Signalons le radio-or en injection *in situ*.

DISCUSSION

Il nous paraît relativement facile d'éliminer le diagnostic de mésothéliome péritonéal que nous avons évoqué en raison de la nature visqueuse, épaisse, filante du liquide d'ascite et parce que certains auteurs en font une des étiologies de la maladie gélatineuse du péritoine (Yovanovitch).

En réalité, l'aspect macroscopique du péritoine, la dissémination des lésions et l'aspect histologique ne répondent en rien à ce que nous avons dans notre cas.

Le mésothéliome péritonéal présente les caractères d'une tumeur maligne, tandis que notre tumeur paraît essentiellement bénigne. (Longueur d'évolution, coque calcifiée bien limitée.)

LES KYSTES LIBRES DANS LA CAVITÉ PÉRITONÉALE

Historique

Nous n'avons retrouvé dans la littérature que fort peu de cas de kystes libres, non parasitaires dans la cavité péritonéale.

C'est Plaut qui, en 1928, décrivit le premier cas de kyste libre sous la rubrique « Epithélioma séreux kystique bénin du péritoine », faisant vaguement état, par ailleurs, de cas semblables trouvés dans la littérature.

Il trouva dans la cavité péritonéale d'une femme de 44 ans, opérée pour myome utérin, des kystes à paroi fine ressemblant à du fin papier de soie, blancs, transparents, flasques et remplis d'une substance aqueuse, dont la taille variait entre celle d'une grosse noisette et celle d'une banane. Il les enleva sans aucune difficulté.

Lors de la discussion du travail de Plaut à la Société de Pathologie de New York, Goldzieher rapporta un cas semblable.

— En 1953, Tedeschi et Helpern publièrent quatre observations.

— En 1957, Hinshaw ajouta un autre cas.

— En 1960, Lascano rapporta cinq autres cas, ce qui porte à douze le nombre de cas publiés de cette affection.

Clinique

Elle est inexistante puisque dans la majorité des cas les kystes ont été des découvertes opératoires fortuites.

Il faut signaler qu'un cas simulait une appendicite aiguë, un autre un myome utérin.

Les femmes sont plus atteintes que les hommes (11 pour 1).

Aspect macroscopique

Uniques ou multiples, les kystes sont blancs, lisses, transparents, ronds ou ovales avec un diamètre variant entre 1,5 et 6 cm.

Leur paroi mince ressemble à du papier de soie et ils contiennent un liquide comparable à de l'eau. Ils sont soit totalement libres dans la cavité péritonéale, soit rattachés au péritoine par de fins tractus.

Aspect microscopique

La paroi est formée par du tissu connectif, dans lequel on peut trouver des vaisseaux, compris entre une couche interne et une couche externe formées par plusieurs épaisseurs de cellules cuboïdales ou allongées, présentant par endroits des ponts intercellulaires.

Étiopathogénie

L'étiopathogénie de cette affection est inconnue et très débattue.

— Pour Plaut, ces kystes proviennent des cellules mésothéliales formant le revêtement de la séreuse péritonéale.

— Pour Goldzieher, ce sont des implantations métastatiques de kyste ovarien.

— Pour Tedeschi et Helpern, ils ont soit une origine wolffienne soit une origine lymphatique ;

— Lascano en revient à la théorie de Plaut et présente les arguments suivants :

— Plusieurs kystes apparemment libres étaient rattachés à la paroi par de fins pédicules et l'examen microscopique montrait une continuité du mésothélium péritonéal avec la paroi externe du kyste.

— Le grand épiploon dans un cas montrait une inflammation et une prolifération des cellules mésothéliales à noyaux polymorphes semblables aux cellules appartenant à la couche interne du kyste.

— Dans quelques endroits, les couches externes et internes des kystes étaient morphologiquement identiques.

Toutes les deux devraient donc leur origine au mésothélium péritonéal et il faudrait noter le caractère favorisant de l'inflammation.

Traitement

Il a consisté à les enlever, ce qui fut toujours fort simple.

Pronostic

Le pronostic de ces lésions bénignes est excellent.

DISCUSSION

Nous n'avons rappelé que pour mémoire cette affection rare du péritoine car il apparaît dès la première étude que leur description ne peut en rien rappeler notre cas.

Nous pouvons noter que l'étiologie, comme pour le mésothéliome péritonéal, fait appel aux possibilités particulières d'évolution et de migration des cellules mésothéliales du revêtement péritonéal.

LA MALADIE GÉLATINEUSE DU PÉRITOINE

La maladie gélatineuse du péritoine est une affection rare connue depuis très longtemps et seules ont été publiées de loin en loin des observations isolées.

En 1848, Cruveilhier la cite sous le nom de « dégénérescence gélatiniforme du péritoine ».

En 1871, Pean en fait une remarquable description et lui donne le nom de « maladie gélatineuse du péritoine ».

En 1884, Werth propose la dénomination de « pseudo-myxome ».

Olshausen et Pfannenstiel en font une véritable dégénérescence péritonéale d'origine métastatique. Peters et Netzel reviennent à la conception de Cruveilhier qui rattachait la maladie à des affections du tube digestif et des ovaires mais avec une notion nouvelle, celle des greffes de cellules mucoïdes d'origine généralement ovarienne.

On parlera ensuite de péritonite colloïde, de péritonite villeuse et certains auteurs assimileront d'emblée l'ascite gélatineuse au cancer du péritoine. Mais, jusqu'en 1901, l'attention des auteurs restera surtout attirée par l'origine ovarienne. C'est à cette date que Fraenknel publie un cas d'épanchement gélatineux du péritoine observé chez l'homme à la suite de la perforation d'un appendice en état de dégénérescence pseudokystique.

Citons les travaux d'Albertin, Lejars, Bérard, la thèse de Coissieux qui estime la forme ovarienne à 60 % des cas et la forme appendiculaire à 30 % des cas, les travaux de Joyeux et Carabalona, la thèse de Schwœrtzig (Lyon 52), le travail de Yovanovitch (Belgrade).

Définition

On peut définir la maladie gélatineuse du péritoine comme un état pathologique du péritoine dans lequel la cavité péritonéale se trouve remplie d'une substance muqueuse filante semblable à de la gélatine.

Étiologie

Cette maladie comprend des faits assez disparates et le seul élément constant est le syndrome anatomique de l'épanchement gélatineux du péritoine qui peut être engendré par des causes variées. Les auteurs lui reconnaissent trois origines :

— L'origine ovarienne est la plus fréquente, surtout le kyste mucoïde de l'ovaire qui serait d'ailleurs pour Lecene un kyste entéroïde dû à une évolution tératologique de l'endoderme fœtal. Pour Soupault et Bierry, il existerait d'ailleurs dans leur paroi un ferment intestinal.

Ensuite viennent, par ordre de fréquence, les kystes végétants et dermoïdes de l'ovaire.

— L'origine appendiculaire serait presque aussi fréquente. Le mucocèle appendiculaire bénin est la vraie cause du syndrome, beaucoup plus rarement le mucocèle malin associé à la tumeur carcinoïde de l'appendice ou à l'adénocarcinome appendiculaire.

— L'origine péritonéale serait beaucoup plus rare et serait pratiquement toujours, soit un cancer secondaire à un néoplasme colique, soit un cancer primitif ou endothéliome ou mésothéliome.

— Enfin certains reconnaissent des origines diverses : estomac, côlon, épiploon.

Syndrome anatomique d'épanchement gélatineux du péritoine

Son abondance varie entre 0,5 à 15 litres.

Sa principale caractéristique est d'être constitué de véritables masses demi-solides, tremblotantes et transparentes, de couleur ambrée, rappelant la gelée de coings ou la colle de poisson. On ne peut pas l'évacuer par ponction au trocart ou par l'aspiration lors de la laparotomie et on est alors obligé de l'enlever à pleines mains. L'envahissement péritonéal peut être localisé (cavité pelvienne, cul-de-sac de Douglas, cul-de-sac vésico-utérin, fosse iliaque droite) ou généralisé, les masses visqueuses s'insinuant un peu partout entre les organes. Ces masses adhèrent aux viscères par un lacis de tractus filamenteux.

L'étude microscopique montre la présence d'une substance hyaline transparente et de rares cellules endothéliales.

L'analyse chimique montre la présence de glucoprotéines.

Une fois enlevé, on peut remarquer de petites végétations péritonéales ressemblant à du frai de grenouille tapissant toute la cavité vidée de son épanchement. Il pourrait s'agir des tractus filamenteux précédemment cités.

Pathogénie

S'il est en général possible (et nous verrons que ce n'est pas notre cas) après l'évacuation de l'épanchement gélatineux du péritoine de retrouver la cause de la lésion et d'objectiver ainsi l'étiologie de l'affection, la pathogénie reste le point le plus obscur et le plus discuté. Il s'agit d'expliquer la présence dans le péritoine de ces masses gélatineuses de consistance si spéciale dont l'abondance surprend souvent le chirurgien.

Netzel en faisait une péritonite chronique avec dégénérescence myxomateuse.

Werth en faisait une irritation péritonéale par le liquide issu de l'ovaire rompu suivie d'une inflammation chronique du péritoine.

Pour Quenu, l'épanchement proviendrait de végétations pouvant être aussi bien intra qu'extra-kystiques.

Actuellement on reconnaît :

— Un facteur mécanique : rupture d'un kyste de l'ovaire ou d'un mucocèle appendiculaire.

— Un facteur biologique : cellules mucipares sécrétantes sur les végétations péritonéales.

Diagnostic

Il est fait par la laparotomie exploratrice, la ponction étant à rejeter.

Traitement

Il consiste en l'évacuation chirurgicale des masses mucoïdes. Il faut surtout rechercher la cause (examen systématique des ovaires, de l'appendice et du péritoine viscéral et pariétal).

Certains auteurs recommandent l'appendicectomie et l'ovarectomie bi-latérale systématique, faisant de l'atteinte des ovaires et de l'appendice deux formes de localisation de la même maladie.

DISCUSSION

Notre cas répond bien à la description du syndrome anatomique : masses gélatineuses évacuées à la main, silence histologique ; glucoprotéines.

Nous pourrions en faire un épanchement encapsulé puis calcifié par un phénomène de réaction péritonéale

inflammatoire constructive. (Notons que le début des troubles et l'intervention sont espacés de 6 années.)

Nous n'avons pas retrouvé de forme pseudo-kystique de la maladie gélatineuse du péritoine ; mais nous pouvons admettre que notre pseudo-kyste n'était formé que par l'agglutination des viscères autour de l'épanchement. D'ailleurs il a été impossible d'enlever lors de l'intervention la totalité de cette coque scléreuse qui pouvait faire partie du péritoine viscéral de tous ces organes.

La variété des affections groupées sous le terme de maladie gélatineuse du péritoine jusqu'au mésothéliome péritonéal que nous individualisons nettement dans notre travail nous incite aussi à vouloir élargir un peu plus le cadre de cette affection.

Mais l'étiologie doit nous retenir : il s'agit d'un homme à l'appendice trouvé sain et au péritoine normal à l'intervention. Les trois étiologies reconnues par les auteurs ne peuvent s'appliquer à notre cas.

Faut-il faire appel à une lésion microscopique de l'appendice ou du péritoine passée inaperçue à l'examen macroscopique ?

Faut-il y voir une autre étiologie et faire appel à une discussion pathogénique ne s'appuyant que sur des suppositions non vérifiables ?

Il faut reconnaître que nous avons fort peu d'éléments valables en main pour trancher ce problème et c'est pourquoi nous conclurons ce chapitre en disant que si ce diagnostic est possible, il est de toute façon impossible à prouver de manière satisfaisante.

LES KYSTES DES MÉSOS

Définition - Généralités

Ce sont des tumeurs kystiques nées entre les deux feuillets des mésos de l'intestin grêle ou des côlons.

Nous éliminerons de ce cadre les kystes parasitaires qui se forment à la surface du péritoine (Deve).

Les kystes du mésentère sont assez fréquents, les kystes des mésocôlons beaucoup plus rares (Senor, Sénèque, Roux).

Historique

La première observation est attribuée au Florentin Benevieni (1507) qui fit à l'autopsie d'un enfant la découverte de cette merveille anatomique.

Jusqu'en 1850, on ne relève que quelques constatations *post mortem* dont celles de Tulpu et de Morgagni et l'étude de Portal (1803). Vers 1900 les premiers cas opérés avec succès sont publiés (Pean, Tillaux) ainsi que les premières études d'ensemble avec classification (Augagneur, 1886 ; Braquehaye, 1892 ; Hahn, 1887 ; Dowd, 1900).

Puis les travaux se multiplient :

1904. — Travail de Terrier et Lecene sur les entérokystes.

1907. — Isolement des kystes wolfiens par Niosi.

1912. — Rapport de Kermisson sur les kystes dermoïdes.

— Monographie de Proust et Monod qui constitue une mise au point d'ensemble.

Depuis n'ont été publiés que des travaux partiels : Cornioley, Desgouttes et Ricard, Bourde et Mosinger, Aievoli, Bechner, Peterson, Simonetti.

Classification

Avec Chatain, nous distinguerons :

— Les lymphangiomes kystiques.

— Les dysembryomes kystiques.

— Les kystes entéroïdes ou entérokystomes qui nous intéressent plus spécialement.

Clinique

« C'est plus un diagnostic que l'on prévoit qu'un diagnostic que l'on affirme. » (Chatain.)

Les signes d'alarme peuvent être :

— Une augmentation de volume localisée de l'abdomen.

— Des douleurs précises ou à type de lourdeur abdominale ou de coliques intermittentes.

— Un syndrome de Kœnig.

— Des troubles digestifs divers : anorexie, amaigrissement, diarrhée, constipation.

L'examen peut déceler à la palpation une tumeur abdominale dont le principal caractère est la *mobilité*, indépendante des mouvements respiratoires, autour d'un point fixe.

La radiographie peut montrer des calcifications.

Le transit baryté et le pneumopéritoine peuvent donner des renseignements utiles.

Mais le diagnostic est pratiquement toujours affirmé par la laparotomie exploratrice à froid ou lors d'une intervention d'urgence pour un des accidents aigus qui peuvent troubler l'évolution de ces kystes (rupture, occlusion, infection).

Traitement

Le seul valable est l'exérèse chirurgicale qui est d'une difficulté variable suivant les caractères de la tumeur (taille, siège, plan de clivage).

Les lymphangiomes kystiques

Cette variété de kyste est caractérisée par une paroi mince formée par une couche conjonctive dense, faiblement vascularisée, tapissée en dedans d'un endothélium.

L'aspect histologique est comparable à celui du tissu lymphoïde. Le contenu du kyste est d'aspect variable, peut être franchement chyleux ou plus transparent, tous les intermédiaires existant entre le chyle franc et la lymphe.

Leur genèse oppose deux grandes théories :

— La théorie rétentionnelle fait de ces kystes des poches de stase, des lymphectasies en rapport avec une dilatation chylifère qui pour certains est d'origine purement mécanique (thrombose, compression), pour d'autres inflammatoire ou dégénérative.

— La théorie congénitale en fait des vices du développement embryologique du mésentère (défaut d'accolement des deux feuillets).

Les dysembryomes kystiques

Ce sont des lésions beaucoup plus rares qui tirent leur origine d'une inclusion embryonnaire :

Tératome kystique.

Kystes wolffiens.

» mulléricns.

» surrénaliens.

Les kystes entéroïdes ou entérokystomes

Cette variété de kyste est caractérisée par une paroi qui rappelle la paroi intestinale. Parfois elle présente nettement des fibres musculaires lisses en une ou plusieurs couches, une muqueuse comprenant un chorion lymphoïde, des glandes annexes et un épithélium.

Mais parfois n'existe qu'une paroi intestinale simplifiée à musculature rudimentaire ou absente, à muqueuse hypoplasique.

— Les entérokystomes siègent le plus souvent sur le bord intestinal du mésentère, parfois en plein méso sans contact avec la paroi intestinale.

Ils sont presque toujours arrondis ou oblongs, uniloculaires de volume très variable.

Leur contenu est visqueux, filant, incolore, ou jaunâtre, parfois laiteux. Plus rarement, il est de consistance fécaloïde ou d'aspect chyleux.

Leur origine est aujourd'hui bien établie : il s'agit d'un diverticule intestinal. Le diverticule originaire peut être un vestige du canal omphalomésentérique, ce qui donnerait aux entérokystomes la même origine que celle du diverticule de Meckel (Terrier et Lecene).

Mais il existe des entérokystomes siégeant en des endroits qui ne peuvent répondre à cette origine. Il semble s'agir alors uniquement de diverticules intestinaux embryonnaires secondairement détachés de la paroi intestinale.

DISCUSSION

Nous avons relevé plusieurs cas de kyste *mucoïde* du méso-côlon dans la littérature.

— Loygue et Garbay publient le cas d'un kyste du

volume d'une mandarine, absolument indépendant de l'ovaire et en position rétro-cæcale, sans aucun pédicule au contenu clair et gluant.

L'étude histologique montra qu'il s'agissait « d'un kyste mucoïde revêtu d'une seule assise de cellules calciformes indifférenciées, avec une zone inflammatoire et un début de calcification sans malignité ».

— Monges et Payan citent le cas d'un kyste mucoïde développé au niveau d'une anastomose colocolique et dont la paroi était constituée en partie par une lame fibreuse, en partie par une muqueuse de type intestinal, amincie, de structure normale, et riche en cellules mucipares hypersécrétante. Ce kyste était en position sous-muqueuse ayant l'aspect d'un polype sessile recouvert de muqueuse normale.

— Hillemand, Roux et Conte rapportent le cas d'un kyste du mésocôlon transverse du volume d'un pamplemousse adhérant au côlon et à la face postérieure de l'estomac, nécessitant une colectomie partielle et surtout possédant une paroi fibreuse non revêtue à sa face interne par une assise cellulaire, que ce soit un épithélium de type digestif ou un endothélium de type péritonéal. Le contenu « hémorragique probable » ne fut pas analysé et seuls furent retrouvés sur les parois des dépôts fibrinocruoriques.

Les auteurs en font un hématome enkysté.

— A la lumière de l'étude générale des kystes des mésos et de ces quelques cas, nous pourrions interpréter notre cas comme étant un kyste du mésocôlon ancien.

Ce kyste se serait calcifié au cours de son évolution et son endothélium mucipare aurait disparu, ne laissant qu'une mince paroi fibreuse calcifiée qui aurait contracté des adhérences intimes avec le péritoine viscéral de tous les viscères avoisinants.

La présence de leucocytes altérés aurait traduit les épisodes d'inflammation de ce kyste.

Mais nous ne pouvons affirmer ni la présence de cette

paroi propre qui différencie les vrais kystes des pseudo-kystes, ni la situation intramésocolique de la tumeur.

Notre tumeur nous paraît être à un stade d'évolution très avancé qui a fait disparaître les meilleurs arguments du diagnostic différentiel entre maladie gélatineuse du péritoine et kyste entéroïde des mésos :

— La situation de la tumeur par rapport aux feuillets du mésentère.

— Le caractère même de la paroi de la tumeur : paroi propre ou coque réactionnelle ?

CONCLUSIONS

1) Nous présentons un cas de tumeur kystique à contenu mucoïde de la cavité péritonéale que nous appelons « pseudokyste mucoïde intrapéritonéal », car il nous a été impossible d'y poser une étiquette diagnostique certaine et de lui trouver sa place au milieu de toutes les affections génératrices de mucus ou de substance mucoïde de la cavité péritonéale.

2) Il s'agit d'un kyste du volume d'une tête d'enfant, occupant tout le petit bassin, à parois calcifiées visibles à la radiographie, situé dans la cavité péritonéale refoulant les anses grêles, la vessie, les côlons et les mésos. Sa paroi, qui adhère intimement à tous ces organes, peut être considérée, soit comme une paroi propre secondairement accolée, soit comme une simple coque réactionnelle. Il était rempli d'une substance amorphe, mucoïde, gélatineuse, que l'on fut obligé d'évacuer à la main.

3) Nous éliminons les diagnostics de myxome péritonéal, de mésothéliome péritonéal et de kyste libre intrapéritonéal dont les caractères nous paraissent très différents de ceux observés dans notre cas.

4) Le diagnostic de maladie gélatineuse du péritoine peut être soutenu en raison du caractère de l'épanchement. Il nous faut alors admettre que la paroi du kyste n'est qu'une simple coque réactionnelle, un processus inflammatoire de défense de l'endothélium péritonéal tendant à limiter un épanchement dont l'origine ne peut être précisée, puisqu'il s'agit d'un homme à l'appendice sain et au péritoine normal par ailleurs.

5) Le diagnostic de kyste mucoïde des mésos est possible à condition d'admettre qu'il s'agit d'un kyste entéroïde ancien dont l'épithélium mucipare aurait disparu et dont la paroi, réduite à une mince coque fibreuse calcifiée, se serait accolée aux organes voisins.

6) La plupart des affections évoquées dans notre discussion diagnostique étant rares, il nous a paru intéressant de faire de cette tumeur kystique inclassable l'objet de notre travail.

Vu,
Le Doyen :
M. le Professeur MORIN.

Vu,
Le Président de Thèse :
M. le Professeur CARCASSONNE

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie d'Aix-Marseille.
J. BLACHE

BIBLIOGRAPHIE

I. — MESOTHELIOMES PERITONEAUX.

II. — KYSTES LIBRES DE LA CAVITE PERITONEALE.

III. — MALADIE GELATINEUSE DU PERITOINE.

IV. — KYSTES DES MESOS.

I. - MÉSOTHÉLIOMES PÉRITONÉAUX

BEHR (E.), ROIS (M. van der) et MEYLER (L.). — Myxoma Cordis. - Ned. Tijdschp, v. Geneesk, Amsterdam.

BLIX (G.). — Hyaluronic acid in the pleural and peritoneal fluids from a case of mesothelioma. *Acta Soc. Med. Upsalien,* 36 : 47-50, 1951.

CATTAN (R.), CARASSO (R.), CHAOUAT (Y.), HABIB (R.). — Mésothéliome péritonéal. Radio Θ. Guérison datant de deux ans. *Bulletin et Mém. Soc. Méd. Hôp.* Paris, juin 56, 72, n° 19-20, pages 585-591.

DARNIS (F.), FAUVERT (R.). — Mésothéliome péritonéal malin diffus. Ascite visqueuse récidivante riche en acide hyaluronique, traitée par radio Θ et radio OR. Echec. *Bulletin et Mém. Soc. Méd. Hôp.* Paris, mai-juin 56, 72, n° 16-17-18, pages 483-493.

DENNIS (J.M.), WORKMAN (J.B.), BAVER (R.E.). — Radioactive colloidal gold in the control of malignant effusions. Report and analyses of 60 patients (sur 60 cas, dont 1 mésothéliome du péritoine). *Am. J. Roentg. Radium Th. a Nod. Med.* Springfield, juin 56, 75, n° 6, pages 1124 à 1128.

EISENSTADT (H.B.). — Malignant mesothelioma of the pleura. *Dis. of chest.,* novembre 1956, 30, n° 5, pages 549-556.
(Envahissement secondaire du péritoine.)

GERUNDO (M.). — Tumors of the pleura and peritoneum anatomo histological study. *J. Kansas M. Soc.,* 42, 18-26.

GIRARD (M.) et COULOT (M.). — Intérêt de la laparoscopie dans les syndromes ascitiques de diagnostic difficile. *Semaine des Hôpitaux,* Paris, 4, 12-IX-58, 34, n° 71-72, pages 2109-2115.

GOMORI (G.). — Three uncommon tumors. *Am. J. Surg.,* 33, 150-156.

HILL (Robert P.). — Mésothéliome fibreux malin du péritoine. *Cancer,* Philadelphie, novembre 53, 6, n° 6, page 1182 à 1185.

KOLB (A.). — Uber myxome und myxomatöse. Tumoren. *Wiener Klin. Wschr.,* Vienne, 5 février 1954, 66, n° 5, page 79.

(Myxosarcome du poumon découvert à la nécropsie + Observations sur 20 ans à la Clinique de Vienne sur 17 Myxotumeurs.)

MAXIMOW (A.). — Uber das Mesothel. (Deckzellen der Serösen Haute) und die Zellen der Serosen exsudate untersuchungen an endzündetem Gewelse und an Gewebskülturen. *Arch. Exper. Zellforsch,* 4, 1, 42.

MEYER and CHAFFEE. — Hyaluronic acid in pleural fluid associated with malignant tumor involving pleura and peritoneum. *Journ. Biol. Chem.,* 133, 83-91, 1940.

MURRAH (T.A.). — Primary mesothelioma of the peritoneal cavity. *Bulletin Charlotte Mem. Hosp.,* 1, 12, 18.

PANAGLIA (Antonio). — Endothéliome primitif du péritoine. 2 cas. *Atti. Acc. Lancis,* Rome, 1938, 10, n° 1-2, pages 43-55.

PENDERGRASS (E.P.) et EDEIKEN (Jack). — Un cas de mésothéliome péritonéal. *Cancer,* Philadelphie, sept. 1954, 7, n° 5, pages 899-904.
+ Neuf autres cas de mésothéliome péritonéal (1908 à 1954).

PULIDO VALENA. — Um caso de pseudomyxoma péritonéal. *Jornal do Medico,* Porto, 1955, 26, n° 641 - 647, page 5.

RAMSEY (T.L.) and CHOMET. — Mesothelioma (endothelioma) of the peritoneum. *Arch. Path.,* 35, 292-298.

ROSE (R.G.), PALMER (J.D.), LOUGHEED (M.N.). — Traitement d'un méso théliome péritonéal par l'or colloïdal radioactif (1 cas). *Cancer,* Philadelphie, mai-juin 55, 8, n° 3, pages 478-481.

SANO (M.E.), WEISS (E.), GAULT (E.S.). — Pleural Mesothelioma. Further evidences of its histogenesis. *J. Thoracic Surg.,* 19, 783-788, 1950.

ROSEMTHAL (J.) and CONNOR. — Mesothelioma of the peritoneum. *New York State J. Med.,* 51, 2507-2510.

SAFUH ATTAR. — Myxoma - a clinico pathologic Study. *Am. J. Sing.,* N.Y., mai 56, 91, pages 755-760.

STOUT (A.P.). — Mesotheliomas of the pleura and peritoneum. *J. Tennessee M.A.,* 44, 409-411, 1951.

STOUT (Arthur Purdy), MURRAY. — Solitary fibrous mesothelioma of peritoneum. *Cancer,* New York, sept. 50, 3, n° 5, pages 820-825.

STOUT (Arthur Purdy). — Les mésothéliomes de la plèvre, du péritoine et du péricarde. *Archives Anatomie Path.,* 26 sep. 1954, A 115.

STOUT and MURRAY. — Localized pleural mesothelioma. Investigation of its characteristics and histogenesis by the method of tissue culture. *Arch. Path.,* 34, 951-964.

STUMPF (Harry S.). — Mésothéliome péritonéal diffus de type mixte. Un cas montrant la multipotentialité de la cellule mésothéliale maligne. *Cancer,* Philadelphie, janv. 1954, 7, n° 1, pages 142-148.

USADEL (W.). — A propos de la bénignité ou de la malignité du myxome. *Arch. Km. Chir.,* Berlin, 30 août 1937, 189, numéro spécial Congrès, pages 708-712.

WELLS. — Papillomatosis peritonei. *Am. J. Path.,* 1011-1014.

YOSHIDA. — Gleichzeitige Papillomatose der pleura und des Peritoneums. *Virchows Arch. Path. Anat.,* 299.

II. - KYSTES LIBRES DE LA CAVITÉ PÉRITONÉALE

GAGNÉ (F.). — Formations kystiques libres dans la cavité péritonéale. *Laval méd.,* nov. 1957, 47, n° 2, 184-191 (Bibliogr.).

GOLDZIEHER (M.). — Discussion du travail de PLAUT A. Kystes péritonéaux multiples et leur histogenèse. *Arch. Path.,* 1928, 5, 756.

HINSHAW (J.R.). — Kystes non attachés dans la cavité péritonéale. *Ann. Surg.,* janv. 1957, 145, n° 1, 138-143 (Bibliogr.).

KRIEGER (J.S.), FISHER (E.R.) et RICHARDS (M.R.). — Kystes mésothéliaux multiples du péritoine. *Am. J. Surg.*, sept. 1952, **84**, n° 3, 328-330, 2 fig. (Bibliogr.).

LASCANO (E.F.), VILLMAYOR (R.D.) et LLAURO (J.L.). — Kystes isolés intrapéritonéaux. *Ann. Surg.*, nov. 1960, **152**, n° 5, 836-844, 13 fig. (Bibliogr.).

LORD (J.W.). — Kystes péritonéaux multiples simulant un cancer du cæcum. *New York State J. Med.*, 1947, **47**, 1607.

LUDIN (H.). — Cholécystite pseudopolypeuse (cholécystite glandulaire proliférante) avec kyste lymphatique du péritoine pariétal avoisinant. *Fortschr. Geb. Röntgenstr.*, juill. 1960, **93**, n° 1, 133-135.

PLAUT (A.). — Kystes péritonéaux multiples et leur histogenèse. *Arch. Path.*, 1928, 5, 754-756.

SAYPOL (G.M.). — Cancer dans un kyste congénital du péritoine. *New York State J. Med.*, 15 mai 1950, **50**, n° 10, 1281-1282 (Bibliogr.).

TEDESCHI (C.G.) et HELPERN (M.M.). — Kystes libres dans la cavité péritonéale. *Arch. Path.*, 1953, 56, 386-391.

III. - MALADIE GÉLATINEUSE DU PÉRITOINE

ABADIE. — Trois cas de maladie gélatineuse du péritoine à point de départ ovarien. *Gynécologie*, 513, 1913.

AHLSTROM. — Kystes de l'ovaire à contenu colloïde et altérations du péritoine consécutives à leur rupture. Pseudomyxome du péritoine. *J. Chir.*, 4, 342, 1910.

ALBERTIN. — Kyste mucoïde de l'ovaire gauche rompu. Généralisation à l'appendice du processus néoplasique. *Lyon Chirurgical*, 2, 507, 1909.

BULART (M.). — Etude de la maladie gélatineuse du péritoine d'origine appendiculaire et son traitement. *Thèse*, Paris, 1934.

COISSIEUX. — Contribution à l'étude des épanchements gélatineux du péritoine. *Thèse*, Alger, 1930.

COMDAMIN et BRUNAT. — De la rupture intrapéritonéale des kystes de l'ovaire. *Lyon Médical*, 1929.

CRUVEILHIER. — Dégénération gélatiniforme du péritoine. *Traité d'Anatomie pathologique générale*, 1864.

DECOULX et BASTIEN. — Deux nouveaux cas de péritonite d'origine ovarienne. *Bulletin Soc. Gyn. Obst.*, 1938.

DELARUE. — Sur le mode de formation du mucocèle de l'appendice et du pseudo-myxome péritonéal. *Soc. Méd. Hôp.* Paris, décembre 1942.

DECOUX et PATOIR. — Sur un cas d'épanchement gélatineux du péritoine d'origine ovarienne. *Bull. Soc. Gyn. Obst.*, 1937.

DECOULX et PATOIR. — Les épanchements gélatineux du péritoine d'origine ovarienne.

DESJACQUES, ROUGEMONT, SCHWARTZIG. — La maladie gélatineuse du péritoine. *Lyon Chirurgical*, août 1954.

DESJACQUES. — Sur les tumeurs de l'ovaire. *Lyon Chirurgical*, 1948.

DESJACQUES et DE ROUGEMONT. — Très volumineux kyste de l'ovaire. Opération en plusieurs temps. *Lyon Chirurgical*, 1952.

FORGUE et MASSABUAU. — Kystes de l'ovaire. *Traité de Gynécologie*, 1927.

FRAENCKEL. — Uber das sogenannte pseudomyxoma peritonei. *Munch Medic Woch*, 1912.

GOURSOLAS. — Du pseudomyxome du péritoine. *Thèse*, Lyon, 1911.

HARTMANN et BINET. — Le pseudomyxome d'origine appendiculaire. *Ann Gyn. Obst.*, 1918.

HERTZ. — Kystes mucoïdes de l'ovaire. Ascite gélatineuse consécutive. Rapport de P. LECÈNE. *Bulletin Soc. Méd. Chir.*, 1928.

JOYEUX et CARABALONA. — Rupture péritonéale d'un mucocèle appendiculaire. *Montpellier Chir.*, 1952.
LEJARS. — Maladie gélatineuse du péritoine. *Semaine Médicale*, 1912.
MONOD et VUILLEME. — La maladie gélatineuse du péritoine d'origine appendiculaire. *Journal de Chirurgie*, 1931.
MOULONGUET. — Epanchement gélatineux du péritoine. Coexistence de kyste mucoïde de l'ovaire et de mucocèle appendiculaire. *Académie de Chir.*, mai 1942.
QUENU. — De l'ascite dans les tumeurs abdominales. *Revue Chir.*, 1886.
SEROR, SIROT et SAYAG. — Pseudomyxome péritonéal. *Annales de Chirurgie*, 1958.
SCHWOERTZIG. — La maladie gélatineuse du péritoine. *Thèse*, Lyon, 1952-1953.
SOUPAULT. — Un cas de maladie gélatineuse du péritoine due à la rupture d'un kyste de l'ovaire. *Bull. Mem. Soc. Méd. Chir.*, 1928.
TOUZARD. — A propos d'un cas de maladie gélatineuse du péritoine avec participation ovarienne et appendiculaire. *Lyon Chirurgical*, 1955.
YOVANOVITCH. — Gelatinous discase of the peritoneum - 6 personals cases. *Bordeaux Chirurgical*, janvier 1961, 15-20.

IV. - KYSTES DES MÉSOS

ADAM et KOSKAS. — Kyste entéroïde du mésentère. *Arch. franç. Péd*, 1948, **5**, n° 6, 592-595, 1 fig. (Bibliogr.).
ADDISON (N.V.). — Torsion d'un kyste lymphatique mésentérique. *Brit. med. J.*, 13 juin 1953, n° 4.823, 1316.
ALESEN (L.A.). — Mesenteric chylous cysts *California et West. Med.*, 1929, **30**, 261.
AMOS (J.A.S.). — Kystes lymphatiques multiples du mésentère. *Brit. J. Surg.*, mai 1959, **46**, n° 200, 588-592, 7 fig. (Bibliogr.).
AUBRESPY (P.), PELISSIER (M.) et JAUNES (F.). — Kyste du mésentère invisible à l'examen radiologique direct. *J. Radiol. Electrol.*, 1952, **33**, n° 7-8, 460, 1 fig.
AUBRESPY (P.), PELISSIER (M.) et JAUNES (F.). — Kyste du mésentère visible à l'examen radiologique. (Sté d'Electroradiol. médicale du Littoral méditerranéen.) *Uresse méd.*, 8 mars 1952, **60**, n° 16.
ARNHEIM (E.E.), SCHNECK (H.), NORMAN (A.) et DREIZIN (D.H.). — Les kystes mésentériques chez le nourrisson et l'enfant. Revue de la littérature et relation d'un cas. *Pediatrics*, sept. 1959, **24**, n° 3, 469-476, 7 fig. (Bibliogr.).
ASTROJNIKOV (J.W.). — L'hémangiome du mésentère intestinal. *Klinitcheskaïa* (Moscou), 1958, **36**, n° 6, 141-143, 1 fig. (Bibliogr.).
ATUCHA (J.). — Kyste du mésentère. *Arch. Mal. App. dig.*, oct. 1959, **48**, n° 10, 1248-1250.
AVIDON (D.B.). — Kystes du mrsentère, de l'épiploon et de l'espace rétropéritonéal chez l'enfant. *Khirourguia* (Moscou), 1956, n° 3, 57-62.
BAUMGARTNER (W.). — Syndrome de carence en acide folique avec anémie mégaloblastique et hyposplénie dans un cas de kystes multiples du mésentère. *Schweiz. med. Wschr.*, 27 déc. 1958, **88**, n° 52, 1313-1314 (Bibliogr.).
AXELROD (H.). — Diverticule non-meckelien du jéjunum et de l'iléon. *Am. J. Surg.*, sept. 1954, **88**, n° 3, 405-410 (Bibliogr.).
BADOLLE (R.). — Kyste du mésentère. *Lyon chir.*, mars-avr. 1945, **40**, n° 2, 233.

Beahrs (O.D.) and Judde (S.). — Chylangiomas of the abdomen : report of case. *Proc. Staff Meet. Mayo Clin.*, 1947, **22**, 297.

Beahrs (O.H.), Judde (E.S.) et Dockerty (M.B.). — Les kystes chyleux de l'abdomen. *Surg. Clin. North Amer.*, août 1950, **30**, n° 4, 1081-1096, 3 fig. (Bibliogr.).

Becker (J.). — Les kystes mésentériques. *Deutsche med. Wschr.*, 14 avril 1939, **65**, n° 15, 603-604.

Benedetti-Valentini (S.). — Abdomen aigu par kystes mésentériques multiples. *Policlinico* (sez. prat.), 9 mai 1955, **62**, n° 19, 633-637 (Bibliogr.). (Résumé français.)

Bentley (J.F.R.) et O'Donnell (M.B.). — Les kystes mésentériques associés à une malrotation intestinale. *Brit. Med. J.*, 22 août 1959, n° 5.146, 223-225 (Bibliogr.).

Beyer (P.), Wiener (S.), Nicolas et Legal (M.). — Kystes lymphatiques multiples du mésentère chez un enfant de deux ans et demi. *Arch. franç. Ped.*, 1953, **10**, n° 1, 109. - *Pédiatrie*, 1953, **8**, n° 6, 707-711, 1 fig. (Bibliogr.).

Bishton (R.L.), Sames (C.P.) et Wallis (H.R.E.). — Lymphangiome mésentérique calcifié. *Arch. Dis. Child.*, avr. 1958, **33**, n° 168, 176-178 (Bibliogr.).

Block (B.). — Kyste mésentérique chyleux. *Ann. Surg.* juill. 1948, **128**, n° 1, 158-160 (Bilbiogr.).

Blondeau (Ph.). — Tumeurs du mésentère. *E.M.C.*, Estomac, 9049 A 10, 2-1958.

Borri (E.). — Contrnbution à l'étude des kystes du méso-côlon. *Minerva chir.*, nov. 1952, **7**, n° 22, 848-851, 4 fig. (Bibliogr.).

Bourde - Mosinger. — Les kystes entéroïdes. *Journal de Chirurgie*, 1937, 50, 289-309.

Brindley (V.) et (V. Jr). — Le lymphangiome du mésentère. *Ann. Surg.*, mai 1948, **127**, n° 5, 907-911, 2 fig. (Bibliogr.).

Bromberg (M.Y.) et Brzezinski (A.). — Torsion d'un kyste chyleux du mésentère au cours d'une grossesse. *Gynaecologia*, oct. 1949, **128**, n° 4, 286-290, 1 fig.

Burnett (W.E.), Rosemond (G.P.) and Becher (R.M.). — Mesenteric cysts. *Arch. Surg.*, 1950, **60**, 699.

Callaghan (R.P.) et Farley (D.L.B.). — Un cas de kystes multiples du mésentère. *Brit. J. Surg.*, mai 1958, **45**, n° 194, 655-657, 3 fig., 1 tabl. (Bibliogr.).

Colditz (P.). — Lymphangiome caverneux de la racine du mésentère. *Zbl. Chir.*, 1951, **76**, n° 22, 1530-1534 (Bibliogr.).

Collins (A.N.) and Berdez (G.L.). — Chyle cysts of the mesentery. *Arch. Surg.*, 1934, **28**, 335.

Conroy (C.F.) et Taniguchi (T.). — Hémangiome caverneux géant du mésentère. *Am. J. Surg.*, août 1951, **82**, n° 2, 293-294, 1 fig. (Bibliogr.).

Corrao (F.H.) et Loyudice (F.). — Kyste chilifère du mésentère. *Prensa méd. arg.*, 20 juin 1958, **45**, n° 25, 2299-2500 (Bibliogr.).

Daumerie (L.). — A propos d'un kyste du mésentère. *Acta Gast. Entérol. Belgica*, mai 1946, **9**, 243-247.

Dechen (J.). — Un kyste géant du mésentère. *Mém. Acad. Chir.*, 1955, **81**, n° 33-34, 1030-1031.

Dedola (G.) et Rabitti (V.). — Considérations sur un cas de kyste mésentérique épithélial dans une dégénérescence carcinomateuse. *Arch. ital. Chir.*, 1959, **85**, n° 3, 244-256, 7 fig. (Bibliogr.).

Dowd (C.N.). — Mesenteric cysts. *Ann. Surg.*, 1900, **32**, 515.

Duca (A.). — Sur les kystes mésentériques. *Minerva Chir.*, 15 août 1948, **3**, n° 10, 348-350.

Dutton (F.K.). — Report of case of ruptured chylous mesenteric cyst. *New England J. Med.*, 1930, **203**, 1023.

Del Carril (M.J.), Bobillo (I.D.), Pelliza (J.M.) et Mosquera (J.E.). — Kyste entéroïde du mésentère chez un nouveau-né. *Semana méd.*, 17 juin 1943, **50**, n° 24, 1363-1368, 9 fig. (Bibliogr.).

Eliason (E.L.) and North (J.D.). — Perforated chylous cyst of the mesentery. *Ann. Surg.*, 1935, **101**, 1452.

Estrade (M.). — Kyste entéroïde du mésentère à forme occlusive chez un nourrisson. (Sté de Gastro-Entérol. du Sud-Ouest.) *Presse méd.*, 10 mai 1952, **60**, n° 32, 702.

Ewing (J.). — Neoplastic diseases ed. 4, Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1940.

Fevre (M.) et Lecointe. — Enorme hémo-lymphangiome polykystique du grand épiploon simulant une ascite sanglante. *Arch. Franç. Péd.*, 1944, n° 2, 88.

Fevre (M.). — Tumeurs abdominales de l'enfant. *Presse méd.*, 27 janv. 1951, **59**, n° 6, 109-110.

Foucher (M.G.). — Des kystes du mésentère (2 observations). *Thèse*, Paris, 2 juin 1949, n° 409, 63 pages.

Flynn (C.W.). — Mesenteric cysts with report of case of cystic lymphangioma. *Ann. Surg.*, 1930, **91**, 505.

Goinard (P.). — Deux observations de kystes dermoïdes du mésentère. *Algérie Chir.*, janv. 1940, **44**, n° 140, 17-18.

Gould (E.P.). — Three mesenteric tumors. *Brit. J. Surg.*, 1915-1916, **3**, 42.

Grimes (A.). — Kyste mésentérique. *Am. J. Surg.*, avr. 1949, **77**, n° 4, 528-531 (Bibliogr.).

Gross (G.W.) et Weyer (A.G.). — La clinique des tumeurs du mésentère. *Langenbecks Arch. Klin. Chir.*, 1954, **278**, n° 5, 425-433, 4 fig. (Bibliogr.).

Gruenwald (P.), Levine (W.) et Zeichner (S.). — Kyste entérogène et cystadénome du grand épiploon. *Am. J. Surg.*, mai 1954, **87**, n° 5, 775-779 (Bibliogr.).

Guthrie (R.F.) and Wakefield (E.G.). — Mesenteric cysts. Proc staff meet. *Mayo-Clin.*, 1943, **18**, n° 52.

Hadda (G.M.). — Kyste mésentérique volumineux. Relation de cas. *Brit. Med. J.*, 5 juin 1948, n° 4.561, 1083 (Bibliogr.).

Handelsman (J.C.) et Ravitch (M.M.). — Kystes chyleux du mésentère chez l'enfant. *Ann. Surg.*, août 1954, **140**, n° 2, 185-193 (Bibliogr.).

Hardaway (R.M.), Swartley (R.N.) et Rudman (I.). — Kyste du grand épiploon. *Am. J. Surg.*, mars 1955, **89**, n° 3, 710-711.

Herbig (H.). — Les kystes du mésentère. *Langenbecks Arch. Klin. Chir.*, 1955, **280**, n° 3, 294-308 (Bibliogr.).

Higgins (T.T.) and Lloyd (E.I.). — Mesenteric cysts with report of two cases. *Brit. J. Surg.*, 1924, **12**, 95.

Hinkel (C.L.). — Mesanteric cysts. Their roentgen diagnosis. *Am. J. Roentgen.*, 1942, **48**, 167.

Huerta (M.H.) et Bueno (C.M.G.). — Tumeurs kystiques du mésentère. *Rev. clin. españ.*, 31 mars 1955, **56**, n° 6, 404-410 (Bibliogr. ancienne). (Texte espagnol.)

Jackson (J.A.). — Kystes gazeux de l'intestin. *Surg. Gyn. Obst.*, nov. 1940, **71**, n° 5, 675-678, 2 fig. (Bibliogr.).

James (Ch.F.) Jr. — Kystes dermoïdes du mésentère. *Am. J. Surg.*, juillet 1944, **65**, n° 1, 116-119, 5 fig. (Bibliogr.).

Jezioro (Z.), Kedra (H.) et Kawecki (K.). — Les kystes du mésentère. *Polski Tygod. Lek.*, 9 mars 1959, **14**, n° 10, 433-439, 7 fig. (Bibliogr.). (Résumé anglais.)

Judd (E.S.) and Crisp (N.W.). — Primary tumors of the mesenteric. *Proc. Staff. Meet., Mayo Clin.*, 1932, **7**, 555.

Kanski (J.G.). — Le chylangiome mésentérique. Relation de deux cas. *Am. J. Surg.*, juin 1954, **87**, n° 6, 891-897 (Bibliogr.).

Keller (R.) et Keller (B.). — Réflexions sur le diagnostic et le traitement d'un kyste chyleux du mésentère. *Rev. franç. Gyn. Obst.*, juillet-août 1950, **45**, n° 4, 191-195 (Bibliogr.).

KELLER (R.) et KELLER (B.). — Kyste chyleux du mésentère, extirpation, guérison. *Gynéc. Obst.*, 1950, **2**, n° 3, 356.

KOLODZIEJ (J.). — Kyste chylifère du mésentère. Relation de cas. *Polski Tygod. Lek.*, 9 mars 1959, **14**, n° 10, 439-441 (Bibliogr.). (Résumé anglais.)

KONE (A.). — A propos des kystes du mésentère de l'enfant. *Thèse*, Paris, 1958, n° 750, 71 pages.

LABRY (R.) et CATTIN (R.). — A propos de deux kystes du mésocôlon ayant simulé une tumeur ovarienne. *Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst.*, 1953, **5**, n° 2, 176.

LAVOIE (J.). — Kystes vrais du mésentère. *Canad. Med. Ass. J.*, janv. 1951, **64**, n° 1, 70.

LAWSON (J.A.), DIETRICK (R.B.) et RUSSI (S.). — Lymphangiome kystique du mésentère. *Arch. Surg.*, janv. 1958, **76**, n° 1, 155-159, 5 fig. (Bibliogr.).

LEBEDEFF (A.P.). — Les tumeurs des mésentères. *Klinitcheskaïa Med.* (Moscou), 1956, **34**, n° 10, 50-53.

LEREDES (A.P.). — Les tumeurs du mésentère sigmoïdien. *Khirourguia* (Moscou), 1958, n° 9, 125-126.

LECŒUR (P.). — Tumeurs du mésentère. *Traité « Estomac-Intestin »*, fasc. 9048 A, mars 1939 (Bibliogr.).

LEGER (H.), DCPAULIS (J.), KERMAREC (J.), BELLE (J.) et MAGADUR (A.). — Nouvelle observation d'hémangiome du mésentère. *Presse méd.*, 27 décembre 1958, **66**, n° 92, 2117-2118 (Bibliogr.).

LEONETTI. — Lymphangiome entéro-mésentérique. *Mém. Acad. Chir.*, 9-16 mars 1949, **75**, n° 9-10, 263-265 (Bibliogr.).

LEVENE (M.), WALKER (P.A.) et WHINE (T.A.). — Lymphangiomes mésentériques, causes des symptômes abdominaux aigus. *Arch. Dis. Child.*, déc. 1956, **31**, n° 160, 502-505, 10 fig. (Bibliogr.).

LOYGUE (J.), GARBAY (M.) et PENOT. — Kystes du mésocôlon. *Arch. Mal. App. dig.*, juin 1959, **48**, n° 6, 702-706 (Bibliogr.).

LARKIN (F.L.). — Mesenteric cysts. *Pensylvania M. J.*, 1940, **43**, 1446.

LEURET (J.). — Occlusion du grêle par kyste du mésentère. *Mém. Acad. Chir.*, 1945, **71**, n° 1-2-3, 28-30.

HILLEMAND - ROUX - CONTE. — Kyste ou faux kyste du mésocôlon transverse. *Archives Maladies Appareil digestif*, 49, 1316, 7.

LIARAS (M.). — Kyste inclus dans le mésosigmoïde à point de départ sous-péritonéal. *Afrique franç. chir.*, août-sept-oct. 1949, n° 7-8, 163-164.

LOWMAN, WATERS, STANLEY. — Kystes chyleux mésentériques : diagnostic et problèmes chirurgicaux. *J. Internat. Coll. Surgeons*, sept. 1952, **18**, n° 3, 265.

LUBITZ (J.M.) et FLYNN (R.W.). — Chylangiome caverneux du mésentère. *Surgery*, déc. 1945, **18**, n° 6, 772-777, 2 fig.

MACNAB (I.) et MENZIERS (T.). — Lymphangiome du mésentère. *Brit. J. Surgery*, janv. 1950, **37**, n° 147, 294-298, 10 fig. (Bibliogr.).

MADELL (S.H.). — Un cas d'hémangiome (angiomatose) de l'intestin grêle et du mésentère. Indice radiographique pour le diagnostic. *Radiology*, oct. 1957, **69**, n° 4, 564-566, 3 fig.

MAJNARICH (G.). — Tumeurs mésentériques, mésocoliques et épiploïques, en particulier leurs formes kystiques. Relation de 6 cas. *J. Internat. Coll. Surg.*, oct. 1955, **24**, n° 4, 403-428, 7 fig. (Bibliogr.). (Résumé français.)

MARTIN (W.L.), GROTZINGER (P.J.) et ZAYDON (Th. J.). — Kyste chyleux du mésentère. *Ann. Surg.*, juill. 1954, **140**, n° 1, 132-134 (Bibliogr.).

MASSON (J.C.) and RIENIETS IJ.H.). — Adenocarcinoma and squamous-cell carcinoma in cysts of mesosigmoïd ; choledochus cyst. *S. Clin. North America*, 1931, **11**, 743.

MARTIN, LASSERRE, CANTORNE et DALLOCHIO. — Lymphangiome kystique du mésentère. *J. Méd. Bordeaux*, févr. 1956, **133**, n° 7, 179-180.

MAYER (C.). — Considérations sur le diagnostic et le traitement des kystes du mésentère. *Acta chir. belg.*, janv. 1954, **53**, n° 1, 124-127 (Bibliogr.).

MAZINGARDE (A.). — Un cas de péritonite par rupture d'un kyste entéroïde. *Arch. Mal. App. dig.*, juill.-août 1956, **45**, n° 7-8, 83-86.

MIATCHIKOV (I.I.). — Kyste congénital suppuré du mésentère de l'intestin grêle. *Khirourguia*, 1958, n° 4, 116-117.

MILLER (D.B.). — Kyste chileux du mésentère. *Arch. Surg.*, mars 1954, **68**, n° 3, 359-363 (Bibliogr.).

MILLER (L.A.). — Barity of congenital mesenteric cyst. *Am. J. Dis. Child.*, 1935, **50**, 1196.

MOORE (T.C.). — Les kystes congénitaux du mésentère : relation de 4 cas. *Ann. Surg.*, mars 1957, **145**, n° 3, 428-436, 8 fig. (Bibliogr.).

MURBACH (C.F.) et LERVISON (F.F.). — Lymphangiome de l'abdomen. *Am. J. Surg.*, juin 1945, **68**, n° 3, 391-397.

OBERHELMAN (H.) et CONDON (J.). — Un cas de kyste hémorragique du mésentère de l'iléon. *Arch. Surg.*, sept. 1948, **57**, n° 3, 301-306, 3 fig.

PAPIN, LEGER, DEPAULIS, KERMAREC, BELLE et MAGADUR. — Sur un cas d'hémangiome caverneux du mésentère. *Bordeaux chir.*, juill. 1957, n° 3, 173.

PARNEIX (H.). — Lymphangiome kystique du mésocôlon descendant avec invagination colo-colique chez un nourrisson. Guérison. *Mém. Acad. Chir.*, 21-28 mai 1958, **84**, n° 16-17, 486-488.

PASI (F.). — Contribution à l'étude des kystes du mésosigmoïde. *Arch. ital. Chir.*, 1954, **77**, n° 6, 425-436, 9 fig. (Bibliogr.).

PAUL (M.). — Les kystes mésentériques. *Brit. J. Surg.*, janv. 1948, **35**, n° 139, 308-311, 5 fig. (Bibliogr.).

PETERSON (E.W.). — Mesenteric and omental cysts. *Ann. Surg.*, 1932, **96**, 340.

PETERSON (E.W.). — Kyste du mésentère. *Ann. Surg.*, juill. 1940, **112**, n° 1, 80-87.

PEYCELON (R.), REPLUMAZ (P.) et RIGONDET (G.). — A propos d'un kyste mésentère (lymphangiome kystique). *Arch. Mal. App. dig.*, juillet-août 1955, **44**, n° 7-8, 946-948.

POYETON (J.P.A.). — Des tumeurs du mésentère. *Thèse*, Paris, 26 févr. 1948, n° 150, 48 pages.

RASZKOWSKI (H.J.), REHBOCK (D.J.) et COOPER (F.G.). — Lymphangiome mésentérique et rétro-péritonéal. *Am. J. Surg.*, mars 1959, **97**, n° 3, 363-367, 5 fig. (Bibliogr.).

REBOUL (J.), AZOULAY, CONDOM, BAYLE et DELORME. — A propos d'une curieuse opacité abdominale (formation kystique hématique du mésentère). *Arch. Mal. App. dig.*, nov. 1957, **46**, n° 11, 1202-1205.

RESENDE ALVES (J.B. de). — Hémangiome caverneux du mésentère iléal. *Hospital*, avr. 1950, **37**, n° 4, 587-591, 3 fig. (Bibliogr.).

ROLLER (C.S.). — Mesenteric cysts. *Surg. Gynec. and Obst.*, 1935, **60**, 1128.

ROSE (T.). — Chylangiome mésentérique chez un nourrisson de 9 mois. *Med. J. Australia*, 31 juill. 1948, **2**, n° 5, 125-126, 2 fig. (Bibliogr.).

ROSSI (A.A.). — Kyste du méso-côlon. *Prensa méd. argent.*, 18 janv. 1957, **44**, n° 3, 190-192 (Bibliogr.).

SALA (A.M.) and NACHAMIE (I.). — Prenatal volvulus of small and large intestine caused by a mesenteric cyst. *Arch. Path.*, 1929, **8**, 180.

SARNI (C.). — Kyste mésentérique chez un enfant de 10 ans. *J. Int. Coll. Surg.*, 1er janv. 1954, **21**, n° 1, 118-120.

SARNI (C.F.). — Kyste mésentérique chez un garçon de 10 ans ; relation d'un cas. *J. Int. Coll. Surg.*, 1er janv. 1954, **21**, n° 1, 118-120 (Bibliogr.).

SAUBIER (E.C.) et FERNOUX (H.). — A propos de 3 cas de kyste des mésocôlons. *Lyon chir.*, janv. 1958, **54**, n° 1, 108-112.

SCARPELLINI (L.). — A propos du diagnostic radiologique des tumeurs du mésentère. *Arch. Mal. App. dig.*, nov. 1952, **41**, n° 11, 1117-1124, 5 fig. (Bibliogr.).

SENEQUE (J.), ROUX (M.) et BANUELOS (J.A.). — Les kyste du mésocôlon ascendant. *J. Chir.*, déc. 1955, **71**, n° 12, 925-934 (Bibliogr.).

SEROR (J.) et LAMAS. — Lymphangiomes kystiques du mésocôlon descendant. *Afrique franç. chir.*, avr.-mai 1954, **12**, n° 3, 262-266.

SEROR (J.). — Lymphangiomes kystiques du mésocôlon descendant. *Mém. Acad. Chir.*, 25 mai 1955, **81**, n° 18-19, 515-518.

SEROR (J.), RIVES (J.) et AZOULAY (Cl.). — Les tumeurs du mésocôlon transverse. *J. Chir.*, août-sept. 1959, **78**, n° 2, 141-156, 10 fig. (Bibliogr.).

SITCHKAROUK (I.A.). — Méthode des interventions opératoires dans les kystes du mésentère. *Khirourguiia* (russe), 1954, n° 11, 60-63.

SAINBURG (F.P.). — Kyste entérogène dans un cas vitellin aberrant. *Am. J. Surg.*, juill. 1948, **76**, n° 1, 113-115 (Bibliogr.).

STALKER (L.K.). — Angiome du mésentère. *New York State J. Med.*, 15 avr. 1951, **51**, n° 8, 1062-1063, 2 fig. (Bibliogr.).

STAMM (H.). — Kystes mésentériques importants. *Geburtsh. Frauenh.*, janv. 1957, **17**, n° 1, 72-80 (Bibliogr.).

STEINREICH (O.S.). — Diagnostic des kystes mésentériques. *Ann. Surg.*, nov. 1955, **142**, n° 5, 889-894, 7 fig. (Bibliogr.).

STRAIT (J.M.). — Mesenteric cyst. Case report of successful removal without resection of adjacent bowel in infant. *Ohio State M. J.*, 1949, **45**, 714.

STRAUBE (A.). — Les kystes dermoïdes du mésentère. *Chirurg.* (der), mars 1950, **21**, n° 3, 177-179, 3 fig. (Bibliogr.).

STUBRINGER KURT. — Formation de kystes d'origine lymphatique au mésentère. *Zbl. f. chir.*, 24 oct. 1942, **69**, n° 43, 1693-1698, 2 fig. (Bibliogr.).

SWARTLEY (W.B.). — Mesenteric cysts. *Ann. Surg.*, 1927, **85**, 886.

TARAKANOVA (O.K.). — A propos des complications des kystes du mésentère des enfants. *Pediatria* (russe), 1953, n° 6, 88-90.

THOLEN (A.). — Tumeurs mésentériques (résumé franç.). *Gynaecologia*, mars 1953, **135**, n° 3, 176-185 (Bibliogr.).

THOMPSON (G.C.V.) and CHAMBERS (C.H.). — Chylangioma of the mesentery with report of a case and a brief discussion of mesenteric cysts. *M. J. Australia*, 1946, **1**, 210.

TESTAS. — Lymphangiome kystique du mésocôlon ascendant. *Mém. Acad. Chir.*, 25 avr. 1956, **82**, n° 12 et 13, 388-390.

UHLMANN (W.). — Lymphangiome polykystique du mésentère de l'intestin grêle. *Zbl. Chir.*, 1953, **78**, n° 31, 1308-1312 (Bibliogr.).

VAUGHN (A.M.), LEES (M.) and HENRY (J.W.). — Mesenteric cysts. *Surgery*, 1948, **23**, 306.

VIDAL (M.P.). — Contribution à l'étude des kystes lymphatiques du mésentère. *Thèse*, Paris, 1955, n° 52, 29 pages, 2 fig.

VIDAL (J.E.C.L.M.). — Etude des kystes du mésentère. *Thèse*, Paris, 13 mai 1947, n° 265, 43 pages.

VIEIRA (O.M.), DALLALANA (L.M.) et SANTOS (M.A.). — Kyste lymphatique du mésentère avec schistosomiase. *Rev. brasil. Gastroenterol.*, mars-avr. 1959, **2**, n° 2, 57-60 (Bibliogr.).

WALKER (J.C.) et COOPER (J.A.). — Lymphangiome du mésentère de l'iléon. *Brit. J. Surg.*, mai 1959, **47**, n° 201, 104-105 (Bibliogr.).

WARFIELD (J.O.) Jr. — A study of mesenteric cysts with report of two recent cases. *Ann. Surg.*, 1932, **96**, 329.

WERNICKE (H.H.). — Une contribution à la connaissance des kystes mésentériques. *Wschr. Kinderh*, janv. 1955, **103**, n° 1, 23-26 (Bibliogr.).

WILSON (J.W.). — Le diagnostic des kystes abdominaux chez le nourrisson et l'enfant. *Radiology*, fév. 1955, **64**, n° 2, 178-190, 2 fig. (Bibliogr.).

WINTER (G.). — Un dermoïde du mésentère. *Zbl. Gyn.*, 1951, **73**, n° 7, 760-763, 1 fig. (Bibliogr.).

WOOD (K.). — Kystes lymphatiques du mésentère. *Brit. J. Surg.*, nov. 1955, **43**, n° 179, 304-309, 5 fig. (Bibliogr.).

WOOLDRIDGE (B.F.). — Kystes mésentériques avec compte rendu d'un cas de lymphangiome kystique. *Gastroentrelogy*, juill. 1954, **27**, n° 1, 55-60 (Bibliogr.).

Woronina (E.N.). — Tumeurs du mésentère. *Khirourguia* (Moscou), 1957, n° 6, 67-71, 2 fig.

Zametti (L.). — Les kystes du mésentère (avec compte rendu d'un cas particulièrement intéressant). *Minerva chir.*, 15 août 1952, 7, n° 15, 563-569 (Bibliogr.).

— Rupture traumatique d'un kyste du mésocôlon. *Brit. Med. J.*, 4 oct. 1952, n° 4787, 761 (Bibliogr.).

TABLE DES MATIÈRES

I. — Introduction 15

II. — Observations 17

III. — Discussion diagnostique 23

1) Le myxome 24

2) Le mésothéliome péritonéal 26

3) Les kystes libres de la cavité péritonéale.. 30

4) La maladie gélatineuse du péritoine 33

5) Les kystes des mésos 38

IV. — Conclusions 45

V. — Bibliographie 47

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers Condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail ; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.